N° 176.
25.

QUELLES SONT
LES CONSÉQUENCES PRATIQUES
MÉDICO-CHIRURGICALES
QUE L'ON PEUT RETIRER DE LA CONNAISSANCE ANATOMIQUE
DE LA
RÉGION INGUINALE ?

Thèse

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le Décembre 1837 ;

Par J.-Arthur MARTY,
de Castelnaudary (*Aude*) ;

Membre Titulaire de la Société Chirurgicale d'Emulation ; Membre titulaire du Cercle Médical ; Ancien Chirurgien externe des Hôpitaux de Paris et de Montpellier, etc., etc.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER.
Imprimerie de BOEHM et C., et Lithographie, boulevard Jeu-de-Paume.
1837.

Aux Mânes

DE MON PÈRE.

Éternels regrets !

A MA MÈRE,

Tribut d'amour filial !

J.-A. MARTY.

A MON FRÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

Puisse ce faible hommage public de ma reconnaissance, le dédommager quelques instans de tous les soins dont il n'a jamais cessé de m'entourer !

A MA SŒUR ET A MA BELLE-SŒUR.

Souvenir d'un frère.

A MES BONS AMIS,

J.-M.-U.-U. SANCHEZ,

ET

Bienvenu MICHEL.

J,-A. MARTY.

INTRODUCTION.

En faisant cette dissertation inaugurale sur les conséquences pratiques que l'on peut retirer des connaissances anatomiques de la région inguinale, j'avais senti le besoin de décrire d'abord l'anatomie de cette région ; mais bientôt je me suis aperçu que cette description, quelque succincte qu'elle fût, m'entraînerait trop loin, indépendamment du peu d'utilité que j'en retirerais, puisqu'il me serait impossible de rien dire qui n'ait été mentionné avec beaucoup d'exactitude dans les différens traités d'anatomie topographique ; pourtant, je ne saurais me dispenser d'indiquer les limites que je crois devoir assigner à la région inguinale.

L'aine est constituée par la partie supérieure et antérieure de la cuisse, ainsi que par le bord inférieur de la paroi antérieure de l'abdomen. On ne saurait la restreindre, comme le faisaient les anciens, et comme le font encore quelques anatomistes modernes, à l'enfoncement linéaire que l'on remarque en avant sur les limites du ventre et du membre inférieur; ainsi, pour M. Blandin, le *pli de l'aine* est une région sans largeur, en quelque sorte dessinée à l'extérieur par une dépression oblique du flanc vers le pubis, dépression très-marquée chez les individus gras et pendant la flexion du membre correspondant (1); tandis qu'il place le canal inguinal dans la région costo-iliaque.

M. Velpeau, comprend sous la dénomination de région inguinale, toutes les parties molles qui cachent la racine du membre en avant, et la portion du squelette qui les supporte (2).

Pour nous, la région inguinale est limitée : 1° *du côté du tronc*, par une légère saillie que forme, au-dessus et dans la direction du pli inguinal, la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen. Nous ne sommes donc pas de l'avis des anatomistes qui la bornent au pli inguinal, en rangeant la région abdominale entre les parties qui sont situées au-dessus de ce pli. Nous sommes loin cependant de blâmer cette manière de voir, surtout dans un traité

---

(1) Blandin; Traité d'anatomie topographique du corps humain, page 545.

(2) Velpeau; Traité complet d'anatomie chirurgicale, etc., t. I, pag. 503.

complet d'anatomie topographique, où toutes les régions sont traitées avec ordre, les unes après les autres, et dans lequel il est nécessaire d'assigner des limites précises à chaque point du corps, alors même que la nature n'en aurait pas tracées. Néanmoins, nous ferons observer qu'il n'y a pas de raison pour ranger de préférence dans la région de l'aine les parties qui sont situées au-dessous du pli inguinal (*et qui appartiennent à la cuisse*), qu'il y en a pour ne pas y placer celles qui sont au-dessus (*et qui appartiennent à l'abdomen*).

La physiologie et la pathologie du bord inférieur de l'abdomen se lient tellement à la physiologie et à la pathologie de la région inguinale proprement dite, qu'il est impossible de l'en séparer.

2° *En avant et en dehors,* l'aine est limitée par le muscle couturier qui descend de l'épine iliaque antérieure et supérieure de la cuisse qu'il croise en *sautoir*.

3° *En avant et en dedans,* elle est limitée par une saillie formée avec les muscles droit interne et premier adducteur qui se portent en bas et en dehors pour s'engager au-dessous du couturier. C'est par cette rencontre et l'entrecroisement de ces trois muscles, que le sommet du triangle inguinal se trouve formé.

Tous les auteurs qui se sont occupés d'anatomie topographique, ont eu le grand tort de la considérer trop exclusivement sous le point de vue opératoire, d'où lui est venue la dénomination d'*Anatomie chirurgicale*. Ils ont ainsi privé cette branche des sciences médicales d'une grande partie de son importance; car, non-seulement elle est le guide de l'opérateur, mais elle fournit à la

pathologie, en général, des documens de la plus grande utilité tant en étiologie, en séméiotique, qu'en thérapeutique. La médécine légale, elle-même, en retire très-souvent les lumières les plus grandes que notre art fournisse au Magistrat.

C'est justement cette omission d'une partie des services que l'anatomie topographique peut rendre à la médecine, qui m'a déterminé à choisir ce sujet de thèse plutôt que tout autre.

QUELLES SONT

LES CONSÉQUENCES PRATIQUES

MÉDICO-CHIRURGICALES

QUE L'ON PEUT RETIRER DE LA CONNAISSANCE ANATOMIQUE

DE LA

RÉGION INGUINALE?

Les conséquences médico-chirurgicales que l'on peut retirer de la connaissance de l'organisation de l'aine et de la disposition des élémens qui la composent, sont nombreuses et de nature fort différente. 1° Les unes ont trait à la fréquence et aux diverses espèces de maladies qui peuvent s'y manifester. 2° Les autres sont relatives au traitement de ces maladies, ainsi qu'aux opérations qu'elles nécessitent. 3° Il en est un grand nombre qui peuvent éclaircir le diagnostic de ces affections. 4° Enfin, les autres ont un rapport direct avec le pronostic que l'on doit porter sur les diverses lésions qui s'y développent.

ARTICLE I.

Conséquences pratiques relatives à la fréquence, aux causes et à la nature des maladies qui peuvent atteindre la région inguinale.

Cette région est si souvent affectée et les maladies qui s'y manifestent sont si nombreuses, qu'il nous faudra les passer en revue dans chacun des élémens anatomiques qui la composent, sous peine de ne présenter qu'un tableau infidèle et presque inintelligible de ces affections. Nous diviserons encore ces maladies en deux grandes classes. La première renfermera les maladies propres à la région inguinale et qui sont inhérentes à sa structure ; la deuxième, celles qui ont une source éloignée, et ne s'y manifestent d'ailleurs qu'à cause de sa situation au bas du tronc.

Première Classe.

1° Maladies de la peau. — Chez les enfans en bas âge, et surtout chez ceux qui sont très-gras, cette portion du tégument est souvent le siége d'érythèmes ou de rougeurs qui sont accompagnées de cuissons et de démangeaisons ; quelquefois même la peau arrive par degrés jusqu'à l'inflammation et l'excoriation. C'est cet état que les nourrices appellent

des coupures. Il est fréquemment déterminé par le défaut de propreté et par l'humidité des langes.

L'eczema chronique (*dartre squameuse humide de M. Alibert*) et ses nombreuses variétés se manifestent souvent chez les personnes adultes, mais principalement chez celles qui sont très-grasses, dont le pli inguinal est très-enfoncé, et chez lesquelles le ventre tombe en quelque sorte sur les cuisses. Cette inflammation chronique de la peau est déterminée dans un grand nombre de cas chez ces personnes, par le manque de circulation de l'air dans ces parties, par la chaleur qui s'y concentre, la sueur qui y séjourne, et les frottemens de la peau de la partie inférieure de l'abdomen sur celle des cuisses.

Le pityriasis versicolor, ou *éphélide hépatique de M. Alibert*, y est assez fréquent, surtout à la partie interne et supérieure de la portion crurale de l'aine. Très-souvent il ne se manifeste là que par extension, lorsqu'il existe depuis longtemps aux bourses et à la partie supérieure et interne des cuisses. Cette affection consiste en une teinte brune, fauve ou jaunâtre de la peau, accompagnée de démangeaisons quelquefois insupportables et d'une desquamation furfuracée de la peau.

Quand la *gale* est devenue presque générale, la peau de l'aine, à cause de sa souplesse et de son peu d'épaisseur, est une des parties dont elle s'empare volontiers, et les vésicules, ainsi que les gale-

ries sous-épidermoïdes causées par l'*acarus*, y sont nombreuses.

Les pustules et les tubercules muqueux syphilitiques y sont assez fréquens, surtout à la partie interne de la région inguinale ; mais ils ne se développent là, que lorsqu'ils sont nombreux aux organes génitaux.

Les ulcères vénériens et scrofuleux s'y rencontrent fréquemment. Les premiers succèdent à des bubons ulcérés, ou à des piqûres de sangsues appliquées pour faire avorter un bubon de nature vénérienne. Les seconds succèdent à des abcès froids développés dans les ganglions, ou dans le tissu cellulaire qui entoure immédiatement ces ganglions.

Les uns et les autres sont souvent accompagnés d'un décollement et d'un amincissement de la peau, qui devient le plus grand obstacle à la guérison ; et souvent même la cicatrice ne s'opère qu'après la cautérisation ou l'excision de la partie de peau décollée, à moins cependant que le malade ne prenne peu à peu de l'embonpoint ; car alors le tissu cellulaire qui se présente sous ce décollement, donne à la peau l'inflammation adhésive nécessaire à sa guérison.

Les ulcères cancéreux n'y sont pas fréquens. Presque toujours ils sont consécutifs à une affection cancéreuse, soit des organes génitaux, soit du membre abdominal.

Le furoncle et l'anthrax y sont rares. Il n'en est pas de même à la partie externe de la cuisse ; ce

qui s'explique très-bien par la structure de la peau, qui, dans ce point, présente une bien plus grande épaisseur.

2° Maladies du tissu cellulaire, ou ayant leur siége dans le tissu cellulaire. — Nous sommes obligé de placer ici les *abcès*, bien que plusieurs d'entre eux ne se développent pas dans ce tissu.

On trouve dans l'aine toutes les espèces d'abcès admises par les auteurs. Parmi ces collections purulentes, les unes appartiennent à la première classe des maladies de l'aine, les autres à la seconde ; ce sont, pour la plupart, des abcès par congestion. Nous les examinerons plus bas.

Les abcès inhérens à la région inguinale sont : 1° *essentiels* ou *idiopathiques*, c'est-à-dire, le résultat d'une inflammation simple ; ils sont chauds ou froids ; les premiers sont plus fréquens que les seconds. 2° *Symptomatiques d'une affection générale.* Exemple : ceux qui surviennent dans les ganglions ou autour de ces glandes dans le typhus d'Orient, dans les scrofules ou la maladie vénérienne devenues générales ou constitutionnelles. Ces abcès sont alors des symptômes de ces maladies ; mais je dois ajouter que ces cas sont très-rares, comparés aux autres. 3° *Symptomatiques d'une affection locale :* ainsi, ils peuvent survenir à la suite d'une carie, d'une nécrose de la symphyse ou de la branche du pubis, des vertèbres, de l'articulation

iléo-fémorale, et de la maladie vénérienne bornée aux organes génitaux. 4° D'autres, enfin, doivent leur formation à des maladies du membre inférieur et des organes génitaux, à celles même des parties inférieure, latérale et postérieure du tronc, par suite de la propagation de l'irritation le long des vaisseaux lymphatiques dans les ganglions.

Tous ces abcès varient beaucoup sous le rapport de leur volume, de leur marche, de leur siége, etc. On en a vu se développer dans le cordon testiculaire, et simuler ainsi une hernie étranglée.

Chez les femmes en couches qui sont atteintes d'inflammation des veines du bassin et de l'utérus, le tissu cellulaire de l'aine est souvent le siége d'œdème appelé par les accoucheurs, *phlegmasia alba dolens*. Cette sorte d'hydropisie est du plus mauvais augure. Le simple œdème de cette région peut aussi devoir sa production à la compression des veines et des vaisseaux lymphatiques par la matrice dans l'état de grossesse, par une hydropisie de l'ovaire, par un engorgement considérable des ganglions lymphatiques pelviens ou abdominaux, par un anévrysme, une hernie, etc.

Des loupes ou *des kystes* peuvent s'y développer. Les tumeurs graisseuses que l'on désigne sous le nom de *lipômes* et qui siégent dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, n'y sont pas très-rares. Plusieurs fois on a vu des pelotons graisseux situés sous le péritoine, s'hypertrophier et s'engager

dans l'un des canaux de l'aine, et simuler ainsi une hernie épiploïque. On y a rencontré aussi des *méli-cères* et des *athérômes*, c'est-à-dire des kystes contenant une matière semblable à du miel ou à de la bouillie.

De toutes les tumeurs enkystées qu'on observe dans la région inguinale, les plus fréquentes sont les *kystes séreux* simples qui peuvent se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans celui du cordon testiculaire. On y a aussi plusieurs fois rencontré des *kystes séreux hydatiques*, soit dans l'épiploon hernié, soit dans le tissu cellulaire de l'aine. Dupuytren rapporte un exemple fort curieux d'un cas de ce genre, qui fut pris pour une hernie crurale.

Diverses tumeurs aqueuses qui ont beaucoup d'analogie avec un kyste séreux, ont été rencontrées dans ce point. Ce sont toutes celles qui doivent leur formation à l'accumulation de sérosité dans une poche séreuse naturelle; exemple : l'hydrocèle vaginale, l'hydrocèle enkystée du cordon, et enfin les tumeurs séreuses qui se développent dans un ancien sac herniaire ne communiquant plus avec l'abdomen.

Presque toutes ces tumeurs aqueuses ont pour caractères communs d'être, dès le principe, souples, douces au toucher, indolentes, fluctuantes et opaques. Plus tard, lorsqu'elles ont acquis un volume considérable, elles sont tendues, rénitentes; on n'y sent plus qu'une sorte de frémissement à la percussion,

et non une véritable fluctuation ; elles deviennent transparentes et souvent la cause de douleurs assez vives.

Enfin, des kystes sans analogie dans l'économie animale, et renfermant des substances de diverse nature, peuvent s'y rencontrer : ainsi, Macilwain a trouvé un kyste renfermant des substances crétacées, cornées et osseuses.

L'aponévrose de la cuisse n'est pas le siége de maladies, à proprement parler, à moins que, comme *tissu fibreux*, elle soit atteinte de *rhumatisme ;* mais elle devient quelquefois cause de maladies : ainsi, elle peut présenter une éraillure ou un affaiblissement plus ou moins étendu, et permettre ainsi la formation d'une hernie musculaire. Un praticien des plus distingués de la capitale voulut un jour exciser une tumeur de cette nature, croyant avoir à faire à un kyste. L'aponévrose est très-souvent la cause de l'étranglement des hernies.

Les muscles de la région inguinale sont très-rarement le siége de lésions vitales ou organiques ; il n'y a guère que le rhumatisme qui les affecte quelquefois.

Les artères de l'aine, mais surtout la crurale et la fin de l'iliaque externe, sont quelquefois le siége d'anévrysme spontané, et souvent d'anévrysme traumatique primitif ou consécutif. Ces tumeurs sanguines ont pour principal caractère d'offrir des battemens isochrones à ceux du pouls, battemens

dont on augmente l'intensité par la compression exercée sur l'artère au-dessous de la tumeur, et que l'on fait, au contraire, disparaître en partie ou en totalité, en comprimant l'artère au-dessus.

La situation superficielle et la position de ces vaisseaux à la partie antérieure du membre, les exposent ainsi à être lésés par un instrument vulnérant quelconque. Ces lésions peuvent être mortelles en quelques heures, si l'on ne vient promptement au secours du blessé.

Les *veines* sont encore plus exposées que les artères à être lésées; mais le plus ordinairement leurs plaies sont sans conséquence, à moins qu'elles ne soient larges ou qu'elles ne siégent sur la veine crurale.

Les rapports intimes que l'artère et la veine crurales ont entre elles, font que, assez souvent, un instrument piquant détermine à la fois la lésion de ces vaisseaux. Bientôt, le sang de l'artère passe dans la veine; une communication s'établit entre ces deux tubes vasculaires, et l'on voit se développer une tumeur aux dépens de la veine lésée et de celles qui s'y rendent. C'est à cette affection que les chirurgiens ont donné le nom de *varice anévrysmale*. D'autres fois, le sang s'épanche dans le tissu cellulaire qui unit l'artère à la veine, et il se forme, entre ces deux vaisseaux, un *anévrysme traumatique* qui établit une communication entre la veine et l'artère.

Les veines de l'aine sont souvent atteintes de varices. Il est arrivé plusieurs fois que l'extrémité supérieure de la grande veine saphène, à son embouchure dans la veine crurale, ait été le siége d'une dilatation variqueuse assez considérable pour donner naissance à une tumeur qui fut prise pour une hernie. Jean-Louis Petit raconte qu'il fit ôter à une fille d'auberge, de Courtrai, un bandage herniaire qu'on avait appliqué sur une tumeur de ce genre. M. Macilwain (1), sir Astley Cooper, Dupuytren et M. Velpeau en rapportent d'autres exemples. Dans cette circonstance, presque constamment les autres veines du membre sont variqueuses, ce qui peut éclairer le diagnostic.

Les veines du cordon testiculaire sont assez souvent dilatées, et forment une tumeur alongée qui peut se continuer jusque dans l'intérieur du canal inguinal. M. Cruveilhier a même vu, sur le cadavre d'une femme, une tumeur de l'aine causée par la dilatation variqueuse des veines du ligament rond de la matrice, et qui simulait une hernie de l'épiploon.

Les veines inguinales sont assez fréquemment atteintes d'inflammation, à cause des nombreuses opérations chirurgicales qu'on pratique dans cette région, et dans lesquelles ces veines sont mises à décou-

---

(1) Macilwain; *On Diseases of the mucous Canals, on inguinal tumours, etc.*, 1830, p 300.

vert, divisées, déplacées, ou même décollées des tissus adjacens. Les nombreuses affections des membres inférieurs concourent aussi à rendre cette inflammation plus fréquente.

Les vaisseaux lymphatiques, mais surtout les ganglions de ce nom, sont souvent le siége d'inflammation et d'engorgement, soit que ces affections soient essentielles, soit qu'elles soient symptomatiques d'une maladie plus ou moins éloignée, ou d'une altération générale, comme la syphilis, le cancer, le scrofule, etc. Ces engorgemens ont été souvent pris pour des hernies ou des anévrysmes, et réciproquement. Dans un grand nombre de cas, il ne faut rien moins que l'expérience d'un praticien fort habile, pour distinguer ces maladies l'une de l'autre.

Les nerfs de l'aine sont rarement atteints de maladie; cependant, on a quelquefois observé des douleurs névralgiques qui siégeaient sur le nerf crural : il peut arriver que ces nerfs soient comprimés par une tumeur située dans leur voisinage, et il en résulte une douleur vive, des crampes, ou une paralysie partielle d'un membre.

Les os peuvent être cariés, nécrosés, ou présenter une exostose. Ainsi, on a rencontré une tumeur de ce genre, développée sur la branche du pubis ; elle faisait saillie dans le bassin et devint la cause d'accidens graves. Dans la luxation de la cuisse en avant et en haut, la tête du fémur forme une tumeur assez considérable dans le pli inguinal,

en dehors et en arrière des vaisseaux cruraux. Dans les fractures du fémur, immédiatement au-dessous du petit trochanter, l'extrémité inférieure du fragment supérieur vient faire une légère saillie en avant vers le sommet du triangle inguinal.

Le testicule, qui ne fait que traverser la région de l'aine, en passant par le canal inguinal, s'arrête quelquefois dans ce canal, et forme une tumeur très-douloureuse au toucher. Plusieurs fois cet organe a été frappé, dans ce point, d'engorgement chronique et de cancer. Pott, Boyer et M. Roux en ont rapporté des exemples.

Deuxième classe.

1° Hernies. — Trois canaux, l'inguinal, le crural et le sous-pubien établiraient une communication entre la région inguinale et la cavité abdominale, si l'ouverture interne de ces canaux n'était recouverte par la membrane péritonéale qui tapisse exactement l'intérieur de cette cavité. Il résulte de cette disposition anatomique, que les parois de l'abdomen se trouvent considérablement affaiblies dans ce point, et que la pression continuelle des viscères sur cette partie, finit, chez beaucoup de sujets, notamment chez ceux qui se livrent à des travaux pénibles, par déprimer le péritoine et par l'enfoncer dans l'intérieur des conduits que nous venons d'indiquer. Bientôt les viscères ne trouvant plus qu'un faible

obstacle, s'engagent dans ces canaux, les parcourent, en continuant à pousser au devant d'eux la membrane péritonéale, puis viennent former dans l'aine une tumeur plus ou moins volumineuse : dès cet instant, une hernie se trouve établie.

Suivant les parties de l'aine, par lesquelles les organes contenus dans l'abdomen sortent ou peuvent sortir, on a distingué trois grandes classes de hernies, qui, d'après leur fréquence, sont : 1° *La hernie inguinale ou sus-pubienne* dans laquelle les viscères sortent en traversant toute l'étendue du canal inguinal (hernie inguinale externe), ou seulement l'orifice inférieur de ce canal (hernie inguinale interne). — 2° *La hernie crurale :* les viscères sortent en traversant le canal fémoral ; elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme : c'est l'inverse pour la hernie inguinale. Elle commence par faire saillie dans la portion crurale de l'aine ; l'inguinale, au contraire, se fait d'abord remarquer dans la portion abdominale. Chez quelques individus, l'arcade crurale est si lâche, si *dépressible,* et les canaux si larges, que les deux hernies n'en forment en quelque sorte qu'une seule ; elles présentent une tumeur unique, déprimée au milieu par l'arcade crurale, qui résiste toujours plus que les parois des canaux. Cette tumeur bilobée a des caractères qui lui sont communs; en réduisant un des lobes de cette tumeur, c'est-à-dire, l'une des hernies, on réduit l'autre sans exercer sur lui la moindre pression. Quand la tumeur se

reproduit, les deux lobes se manifestent en même temps. Si le malade tousse, fait un effort, toute la partie antérieure de la région inguinale est soulevée en même temps, et l'arcade crurale très-dilatée est projetée en avant avec le reste des enveloppes de la tumeur. Très-rarement l'un des lobes est pris isolément d'un véritable étranglement; quand cet accident se manifeste, presque toujours il est chronique ou produit par engouement, et frappe à la fois les deux lobes, c'est-à-dire, les deux hernies. La dissection m'a montré, 1° qu'il n'y a qu'un sac; 2° que ce sac n'a qu'une seule ouverture abdominale; 3° qu'il présente à son intérieur une saillie *éperonnée*, qui correspond à l'arcade crurale. J'ai plusieurs fois observé cette espèce de hernie *inguino-crurale* au bureau central des hôpitaux de Paris, avec M. le docteur Huguier. — 3° *La hernie obturatrice ou sous-pubienne*, dont nous ne possédons que peu d'exemples, qui ne forme jamais qu'une petite tumeur dans le creux inguinal, et qui est fort difficile à diagnostiquer.

Tous les organes contenus dans l'abdomen, ont été trouvés dans les hernies de la région inguinale. Il n'est pas jusqu'à l'ovaire et la matrice, qui n'y aient été rencontrés. On y a même trouvé la vessie qui, contenant, dans sa partie herniée, une certaine quantité d'urine, a été prise, tantôt pour un abcès, tantôt pour une hydrocèle ou pour toute autre tumeur. Il y a plus; on a vu des calculs se former dans cette

portion de vessie herniée, et être pris pour des bubons squirrheux. Verdier assure avoir trouvé quatre pierres dans une vessie ainsi herniée.

2° Quelquefois la sérosité contenue dans le ventre vient former une tumeur aqueuse dans l'aine : c'est lorsqu'il reste une communication entre la tunique vaginale et le péritoine ; ou bien, lorsque, après la réduction d'une hernie sans celle du sac, celui-ci continue à communiquer avec la cavité abdominale, par un collet plus ou moins rétréci. Ces tumeurs étant réductibles et offrant plusieurs des autres caractères des hernies, ont souvent été prises pour telles.

3° Quand l'ovaire est le siége de l'une des nombreuses altérations organiques que l'on désigne sous la dénomination commune d'*hydropisie de l'ovaire*, cet organe finit toujours ou presque toujours par venir former une tumeur d'un volume variable dans la portion abdominale de la région inguinale. Une partie du kyste peut même s'introduire dans le canal crural, et simuler ainsi une hernie. Je dois aux soins obligeans que, pendant mon séjour à Paris, M. le docteur Huguier n'a jamais cessé de me prodiguer, la connaisance d'un cas semblable. M. Huguier l'observa à l'hôpital Saint-Louis. L'appendice que la tumeur envoyait dans l'épaisseur de la cuisse, avait deux pouces de largeur sur trois de longueur.

4° L'anévrysme de la fin de l'iliaque externe est une affection assez fréquente et qui vient former une tumeur, se manifestant d'abord au-dessus de l'arcade

crurale. Plus tard, cet anévrysme s'engage au-dessous de cette arcade, et vient faire saillie dans la région inguinale.

5° Il n'est pas très-rare de rencontrer un engorgement ou une inflammation aiguë ou chronique des ganglions lymphatiques, situés derrière et au-dessus de l'arcade crurale, en dehors du péritoine. Lorsque cet engorgement a acquis un volume assez considérable, il forme une tumeur au-dessus du pli inguinal. Il faut éviter de prendre cette affection pour une maladie de l'ovaire, ou pour un anévrysme de l'artère iliaque externe.

6° Abcès. — Du pus, provenant d'un lieu plus ou moins éloigné, peut venir former une tumeur dans l'aine. Ces abcès, étrangers en quelque sorte à la région, et qui ne s'y manifestent qu'à cause de sa situation au bas du tronc, sont idiopathiques; tels sont le plus souvent les abcès qui se forment à la suite d'un psoïtis, et ceux de la fosse iliaque qui, quand ils ont acquis un volume considérable, viennent *proéminer* au-dessus et au-dessous du ligament de Poupart. Fréquemment, le voisinage de ces abcès avec les tissus de l'aine, fait que ces derniers participent à l'inflammation qui les a déterminés, et ces collections purulentes deviennent une affection mixte, en ce sens qu'elles appartiennent aux deux classes des maladies de la région inguinale. Les autres foyers purulens sont de véritables abcès par congestion. Ce sont toujours alors des abcès chro-

niques : le pus vient d'une carie ou d'une nécrose de la colonne vertébrale, etc., etc.

La proximité de l'aine avec les viscères abdominaux, fait qu'on y observe des abcès symptomatiques d'une affection de ces mêmes viscères. Ainsi, on en voit souvent déterminés par des corps étrangers, tels que des épingles, des aiguilles, des arêtes de poisson, des noyaux de fruits, etc., venus des organes digestifs, après avoir été avalés : il faut aussi ranger dans cette même classe, les abcès stercoraux qui succèdent aux hernies étranglées et gangrenées, ainsi que les abcès simples formés dans le sac d'une hernie ou dans l'épaisseur de l'épiploon.

Les abcès urinaires y sont assez fréquens. On y a même observé quelquefois des abcès biliaires, ainsi que des calculs de même nature.

7° Des fistules simples communiquant avec la fosse iliaque, des fistules urinaires, biliaires et stercorales, ainsi que l'anus contre-nature, affections dont la source est éloignée et étrangère à l'organisation de la région inguinale, s'y rencontrent dans un grand nombre de cas.

Sir Astley Cooper (1) dit qu'il possède des exemples qui prouvent qu'un corps aigu ingéré dans

---

(1) Astley Cooper : *The anatomy and surgical treatment of inguinal and congenital hernia.* Londres, 2e édit., in-fol.

l'estomac, après avoir parcouru le canal intestinal, arrive dans le sac d'une hernie, peut se faire jour à travers une perforation de l'intestin, et livrer ensuite passage aux matières fécales.

ARTICLE II.

Conséquences pratiques relatives au traitement et aux opérations que réclament les maladies de la région inguinale.

1° Dans les engorgemens chroniques des ganglions lymphatiques, les frictions que l'on fait avec les pommades résolutives et fondantes, doivent être pratiquées avec autant de soin sur les parties d'où viennent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent à ces ganglions malades, que sur la tumeur elle-même : ainsi, ces frictions doivent être faites à la partie supérieure et interne des cuisses, sur la peau des organes génitaux, à la partie inférieure de l'abdomen, etc., etc.

2° Ponction et ouverture d'abcès. — La manière de faire et l'époque à laquelle on fait ces deux petites opérations, varient suivant la marche, la nature et le siége de la collection purulente.

Les petits abcès sous-cutanés doivent être ouverts de bonne heure et avec l'instrument tranchant, afin de prévenir un décollement et un amincissement de la peau qui pourraient plus tard nécessiter une excision de cette peau, ainsi amincie et décollée. On devra

surtout suivre cette méthode pour ceux qui siégent au niveau du pli inguinal, parce que la peau, en cet endroit, est beaucoup plus mince, plus fine, et se dénude plus facilement.

Les abcès plus volumineux, qui siégent dans l'épaisseur du tissu cellulaire, doivent être ouverts plus tard, lorsque la collection est bien établie, la fluctuation bien sensible. S'ils sont situés dans la partie crurale de l'aine, il faut les ouvrir par une incision longitudinale parallèle au grand axe du membre et à la direction des vaisseaux et des nerfs de cette partie; mais, s'ils sont au niveau du pli inguinal, ou bien immédiatement au-dessus ou au-dessous, la direction de l'incision doit varier. L'abcès est-il moins profondément placé, la peau est-elle encore maintenue, soutenue par une couche de tissu cellulaire que l'on suppose avoir trois ou quatre lignes d'épaisseur, l'incision sera parallèle au pli inguinal. On masque ou on dissimule ainsi, en grande partie, les traces de l'incision, la cicatrice se perdant dans les plis de la dépression cruro-abdominale. Si, pour avoir trop attendu, l'abcès est devenu superficiel, si les couches de tissu cellulaire qui soutiennent la peau sont détruites, que celle-ci soit abandonnée à son propre ressort, à sa contractilité de tissu, il faut faire une incision parallèle au grand axe du corps; autrement, si on pratique cette ouverture dans la direction du pli inguinal, la peau se renversera en dedans, se roulera sur elle-même, comme le fait le scrotum

après l'opération du sarcocèle, et ce ne sera qu'avec une extrême difficulté et après un temps très-long, que la cicatrisation de la plaie sera obtenue. Il faut encore ouvrir de très-bonne heure, sitôt que la fluctuation commence à se manifester, les abcès de la partie inférieure de la fosse iliaque pour prévenir un décollement considérable du péritoine, le transport du pus dans le bassin, l'ouverture de l'abcès dans le cœcum, la vessie ou le vagin; ou bien encore, la formation d'une fistule purulente simple, par suite de la destruction du tissu cellulaire et du décollement des parties. L'incision doit être faite presque transversalement, parallèlement à la direction des fibres de l'aponévrose et des muscles petit oblique et transverse, afin d'en couper le moins possible. Je pense qu'il vaut mieux ouvrir ces abcès de dehors en dedans, que de dedans en dehors par ponction. La pointe de l'instrument courrait le risque de rencontrer, soit l'artère épigastrique, soit l'artère obturatrice, naissant, comme on le voit assez souvent, de cette dernière, soit enfin l'artère ou la veine iliaque primitive déplacée par la collection de pus. Mais, si l'on est appelé long-temps après la première manifestation des accidens et que l'abcès *proémine*, on peut l'ouvrir par simple ponction.

Les abcès des ganglions lymphatiques ne doivent être ouverts, que lorsqu'ils sont bien arrivés à maturité, que les ganglions sont ramollis, en partie détruits par la suppuration, que les petits foyers situés

dans leur épaisseur n'en forment plus qu'un seul, autrement l'abcès ouvert et le peu de pus qu'il renferme écoulé, l'engorgement ganglionnaire et la tumeur persistent pendant très-long-temps, et l'on voit souvent d'autres petits abcès se former de nouveau en différens points de la tumeur. Il ne faut pas toutefois porter ce précepte trop loin, ni attendre que la peau soit elle-même décollée.

Beaucoup de malades atteints d'abcès à l'aine, n'appellent le médecin que lorsque la peau est non-seulement décollée et amincie dans une assez grande étendue, mais encore lorsqu'elle est d'un teint rouge-brun ou d'une couleur bleuâtre. Il faut, dans ce cas, ouvrir largement cet abcès avec l'instrument tranchant, et exciser la peau décollée ; ou mieux encore, l'ouvrir avec la potasse caustique appliquée en traînée suivant la direction du pli inguinal. On préfère principalement cette dernière méthode, si l'abcès est froid, ganglionnaire, et si surtout on sent, à travers le pus, des ganglions encore engorgés.

C'est ici le cas de mentionner la méthode de traitement proposée d'abord par M. le docteur Malapert, et modifiée ensuite par M. Reynaud, professeur à l'École de médecine de la marine de Toulon. Ce praticien applique sur le centre de la tumeur, un vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un ou de deux francs, suivant son étendue. La phlyctène étant enlevée, il place sur le derme mis à nu, un plumasseau trempé dans une dissolution de vingt grains de deuto-chlorure

de mercure dans une once d'eau distillée. Ordinairement au bout de deux heures, la plaie est remplacée par une eschare superficielle, que l'on recouvre d'un cataplasme émollient, afin d'en faciliter la chute. Dans les cas rares où une première application ne réussît pas, on en fait une seconde ou une troisième. M. Reynaud assure que l'eschare ne tarde pas à se détacher, la plaie à se cicatriser, et la tumeur à guérir bientôt après. Je ne sais pas, jusqu'à quel point la méthode que préconise M. Reynaud est avantageuse, mais je dois dire que je l'ai vu employer une fois et avec succès.

Les abcès par congestion de l'aine ne doivent pas être ouverts aussitôt leur apparition ; on attend qu'ils aient acquis un volume considérable. Leur ouverture se fait par simple ponction, avec un bistouri à lame très-étroite, que l'on introduit obliquement dans les parties molles. Le pus sorti, on referme l'ouverture pour en obtenir la cicatrisation.

M. Lisfranc n'a qu'à se louer d'avoir adopté une méthode toute différente. Il ouvre largement les abcès par congestion, et ne redoute aucun des accidens qu'on reproche aux ouvertures étroites, tandis qu'il retire des avantages réels de son procédé.

Néanmoins, j'aime mieux faire d'abord une petite ouverture, quitte pour l'agrandir après, parce que, comme cela est arrivé, si on avait pris une hernie pour un abcès et qu'on eût fait une ouverture au tube intestinal, il serait moins difficile de guérir celle

qui aurait été faite avec un bistouri étroit, quoique M. Richerand ait prétendu que la nature opérait tout aussi bien la guérison d'une plaie d'un pouce de longueur, que celle qui en aurait trois ou quatre.

3° La résection de la peau, décollée et amincie, se fait, dans la région inguinale, comme partout ailleurs, c'est-à-dire, avec le bistouri, les ciseaux courbes sur le plat, ou la potasse caustique.

4° Dans l'extirpation des loupes, des tumeurs enkystées, etc., etc., une fois la tumeur mise à découvert par sa face antérieure, il vaut mieux la saisir et l'arracher, que de continuer à la disséquer, et cela, à cause des vaisseaux, des nerfs nombreux et volumineux qui se trouvent dans l'aine : leur situation superficielle est aussi un motif de plus pour préférer cette manière d'opérer. On évite ainsi plus sûrement la lésion de ces parties importantes. Au reste, par l'arrachement de la tumeur, on est toujours plus certain d'avoir enlevé tout ce qui appartient à la maladie.

5° Opérations hémostatiques.

A. *Ligature de l'artère crurale.* J'aurai peu de chose à dire à cet égard, ce qui a rapport à cette opération ayant été bien traité dans les différens ouvrages de médecine opératoire. Je ferai seulement remarquer : 1° que, quand on la pratique pour une plaie, il faut avoir soin de lier les deux bouts du vaisseau, à cause de la facilité avec laquelle le sang revient dans le bout inférieur par les nombreuses

communications anastomotiques ; 2° que le jeune chirurgien, en pratiquant cette ligature, ne doit pas se laisser intimider par la crainte d'ouvrir cette artère en la mettant à découvert, ses parois ayant près de trois quarts de ligne d'épaisseur ; 3° qu'arrivé aux vaisseaux, il ne faut pas se contenter de prendre sur la sonde cannelée celui qui est en dehors (la veine étant en dedans de l'artère), pour croire que l'on a saisi l'artère. J'ai vu, au cours d'anatomie chirurgicale que M. Hugnier faisait à l'École-pratique de Paris, en 1834, une anomalie qui consistait en une transposition de ces vaisseaux, l'artère étant en dedans et la veine en dehors. Il faudra donc s'assurer des pulsations du vaisseau soulevé, avant de serrer le fil, si toutefois le sang échappé par l'artère n'a pas tellement affaibli le blessé, que les pulsations n'y soient plus sensibles. Témoin un trompette dont l'artère sous-clavière fut ouverte, et qui, ayant perdu ainsi une quantité énorme de sang, fut présenté à M. le professeur Lallemand, dans un état complet de syncope ; de sorte qu'on ne sentait plus aucun battement artériel, et pour comble de malheur, l'artère était déviée de sa position normale. Elle était bien entre les deux scalènes, mais un pouce plus haut : c'était la veine qui avait remplacé l'artère. Il fallut renoncer à l'opération commencée, et venir lier l'artère axillaire, en incisant le grand pectoral.

B. *La ligature de la veine saphène interne*, avant son entrée dans la veine crurale, pour des varices, est une mauvaise opération, non-seulement parce qu'elle expose à des accidens consécutifs extrêmement graves, mais encore parce que c'est une méthode incertaine. Souvent la maladie ne guérit pas, ou elle récidive après avoir disparu pendant un certain temps; ou bien, ce qui est plus déplorable encore, l'inflammation s'empare de la veine, et le malade succombe à une phlébite traumatique. — Je puis citer un fait, à l'appui de ma manière de voir sur le traitement des varices de la saphène interne.

Deux hommes dont j'ai oublié le nom, entrèrent au mois de juin 1837, dans le service de M. le professeur Lallemand, avec des varices très-volumineuses de la saphène interne. L'un avait trente et l'autre soixante et quelques années. Le premier subit deux ligatures de la saphène; le second en eut quatre: tous les deux furent opérés, dans le même instant, par le même procédé opératoire, celui de M. Davat. Maintenant, j'ignore comment les choses se passèrent; mais, toujours est-il, que le plus jeune, celui qui n'avait eu que deux ligatures, au bout de trois jours succomba à une phlébite très-intense, qui, d'abord bornée à la saphène interne, parcourut bientôt le système veineux en entier. Je sais bien que les partisans de ces sortes d'opérations, pour atténuer ce fait déplorable, ne manqueront pas

d'invoquer la *prédisposition ;* ils diront que ce malade recélait en lui une imminence de phlébite, qui n'attendait qu'une circonstance favorable pour se déclarer. D'accord. Mais, si cela est vrai, raison de plus pour renoncer à cette opération, puisque le chirurgien abandonne ici la méthode rationnelle, qui le place si haut dans l'échelle des sciences médicales, pour tomber dans l'empirisme, dans l'occulte, en un mot. Si encore le sujet atteint de varices était, par ce seul fait, en danger de mort, je ne dis pas; mais tout le monde sait qu'il n'en est rien.

Le plus âgé guérit, ou pour mieux dire, sortit guéri de l'hôpital ; j'ignore si la maladie s'est ou ne s'est pas reproduite. Du reste, M. le professeur Lallemand ne se décida à faire ces deux opérations qu'avec une certaine répugnance; peut-être même s'y résoudra-t-il difficilement à présent. Quoi qu'il en soit, M. Lallemand fit choix du procédé opératoire de M. Davat, sur la foi d'un praticien de la capitale, qui lui avait affirmé avoir réussi quinze fois, c'est-à-dire, sur tous les individus chez lesquels il avait pratiqué l'opération. Je dois ajouter que M. Lallemand a pour habitude de ne faire ces sortes d'opérations que sur les petites veines, parce que, dit-il, alors même que la veine serait prise d'inflammation, la phlébite ne se propagerait guère au loin, le petit calibre de la veine et l'amplitude relative des valvules s'opposant à la propagation de la phlegmasie et au transport de l'intoxication purulente.

C. *La section et l'extirpation* d'une portion de la veine sont des opérations plus blâmables encore, pour les mêmes motifs.

6° Opération de la hernie crurale. — L'incision des parties qui recouvrent le sac, doit être faite en T renversé (⊥), la branche verticale tournée vers l'abdomen. L'incision en † expose à la lésion de la veine saphène, au point où elle se jette dans la veine crurale. On est d'autant plus exposé à produire cette lésion, que la hernie est plus petite; quand elle est volumineuse, elle protége la veine qui est située en dehors et au-dessous d'elle.

Débridement. — Si l'étranglement est produit par l'ouverture inférieure du canal, peu importe qu'on débride en haut, en dedans, ou en bas et en dedans; il n'y a là aucune partie importante dont on ait à craindre la lésion. Pour l'étranglement produit par l'ouverture supérieure, on se conduira comme le conseillent en général les auteurs. On ne connaît qu'un seul exemple de hernie crurale qui se soit faite en dehors des vaisseaux cruraux : ce cas appartient à M. J. Cloquet (1). Si une hernie semblable était étranglée, il faudrait débrider directement en dehors.

---

(1) *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen.*

7° Opération de la hernie inguinale.

Débridement. — L'hémorragie n'est pas aussi à craindre qu'on le dit généralement, parce que le plus souvent l'on n'agit que sur l'ouverture inférieure du canal, qui, 96 sur 100, est la cause de l'étranglement.

8° Amputation de la cuisse dans son tiers supérieur. — Si l'on pratique l'amputation à lambeaux, et je crois que, dans ce cas, elle est préférable à la circulaire, parce qu'elle est plus prompte, plus sûre, et que les chairs peuvent s'affronter plus facilement; si, dis-je, l'on opère d'après cette méthode, on fera bien de commencer par la ligature de l'artère crurale; on taillera ensuite le lambeau interne, et on terminera par l'externe qui sera plus facile à former. Si l'on ne voulait pas commencer par la ligature de l'artère crurale, il faudrait tailler le lambeau externe avant l'interne, afin de maîtriser plus aisément l'écoulement du sang.

Si l'on préfère opérer l'amputation par la méthode circulaire, c'est-là le cas, ou jamais, de suivre le conseil donné par Cheselden et par Jean-Louis Petit, de couper d'abord les muscles superficiels et ensuite les profonds.

9° Amputation dans l'articulation coxo-fémorale. — On devra, autant que possible, préférer la méthode de M. Manec, qui consiste à tailler d'abord un lambeau antérieur et interne, dans lequel se trouve l'artère crurale. Ce lambeau est relevé sur l'abdomen par un aide qui comprime entre ses doigts

l'artère ouverte, pendant que le chirurgien, à l'aide d'une incision demi-circulaire, sépare le membre du tronc. Ce grand lambeau antérieur et interne retombe par son propre poids, et sert à recouvrir la plaie.

ARTICLE III.

Conséquences pratiques qui peuvent éclairer le diagnostic des affections de l'aine.

La connaissance de l'organisation et de la disposition de l'aine peuvent être, avons-nous dit, d'une grande utilité pour reconnaître, non-seulement les maladies propres, inhérentes à la région inguinale; mais encore les maladies éloignées qui viennent, pour ainsi dire, se refléter sur cette partie.

1° Maladies inhérentes a la région inguinale. — Toutes celles qui ont leur siége sur la peau, sont, en général, faciles à reconnaître. Leur diagnostic offre rarement de la difficulté. On peut, presque toujours, savoir aisément à quel genre d'affection on a affaire. Aussi, passerai-je sous silence tout ce qui a rapport à la distinction de ces maladies. Il en est de même de celles qui sont placées immédiatement au-dessous de cette enveloppe.

Les maladies qui sont situées plus profondément et qui se présentent sous la forme de *tumeur*, offrent un diagnostic bien autrement difficile. Ainsi, on a souvent vu des hernies crurales être prises pour des

hernies inguinales et réciproquement ; ou bien encore, des hernies, quel que fût leur siége, des engorgemens ganglionnaires, des anévrysmes, etc., être pris l'un pour l'autre. Quelquefois, quelque grandes que soient l'habileté et l'expérience du praticien, elles ne le mettent point à l'abri de l'erreur. Cela est si vrai, que, si je voulais, je pourrais me dispenser de tracer le diagnostic des affections de l'aine. Il me suffirait de reproduire les nombreuses méprises que les auteurs les plus recommandables ont commises, et mon diagnostic en serait facilement déduit.

A proprement parler, il n'est aucune des maladies de l'aine qui ne puisse être la source de méprises graves. Ce n'est qu'à l'aide d'une longue expérience et d'une attention long-temps soutenue, que l'on parvient à n'en commettre que rarement. Cela se conçoit très-bien. Presque toutes ces maladies se présentent à l'extérieur sous la forme de tumeur, et il n'est pas rare de voir certains signes d'affections différentes se réunir ensemble, de manière à donner à la maladie un caractère particulier, qui peut très-bien donner le change; et ce qu'il y a de vraiment fâcheux, c'est que l'insuffisance où nous sommes quelquefois de déterminer le siége et la nature de ces affections, fait qu'on laisse succomber un malade, tandis qu'une opération, faite en temps opportun, aurait probablement amené sa guérison. Sir Astley Cooper servira d'appui à ma proposition. Un malade, atteint de hernie crurale, fut envoyé à l'hôpital de Guy, par

un chirurgien d'une grande pratique. Pendant trois jours, on avait appliqué des cataplasmes sur la tumeur, qui avait été prise pour un bubon syphilitique, et, lorsque l'opération fut faite, on trouva l'intestin gangrené (1).

Très-rarement, les ganglions lymphatiques qui sont situés au-dessus du pli inguinal, sur le bord inférieur de l'abdomen, deviennent le siége d'une inflammation. Dans le cas où elle aurait donné lieu à la formation d'un abcès, il faut bien se tenir sur ses gardes, pour ne pas confondre cette tumeur avec une hernie inguinale. J'ai vu cette erreur commise par deux praticiens sur un même malade. On évitera cette méprise, en considérant : 1° que la tumeur est située plus en dehors que la hernie inguinale, qui, lorsqu'elle sort par l'anneau sus-pubien, se jette presque aussitôt dans les bourses ou les grandes lèvres; 2° que l'ouverture du canal est tout-à-fait libre, et qu'elle permet d'y introduire, plus ou moins, l'extrémité du petit doigt, dont la pulpe ne sent aucun corps étranger dans ce conduit, lorsque le malade tousse. 3° Les efforts de toux n'augmentent pas le volume ni la tension de la tumeur. 4° On ne confondra pas cet engorgement lymphatique avec la hernie *intra-inguinale*, c'est-à-dire, située encore dans le canal

---

(1) Sir Astley Cooper; *Œuvres chirurgicales*, traduct. de MM. Chassaignac et Richelot, pag. 303.

inguinal, en considérant que cette dernière est profonde, sous-aponévrotique, tandis que la tumeur inflammatoire est superficielle, tout-à-fait sous-cutanée, et peut se mouvoir en masse avec la peau.

Il ne faudra pas non plus confondre un abcès du psoas avec une hernie crurale; et, quoique ces deux affections aient pour caractères communs d'avoir à peu près le même siége, de présenter une tumeur dont le volume s'accroît par la toux, et dont la tuméfaction est un peu plus considérable dans l'attitude verticale que dans la position horizontale, elles en ont d'autres qui servent à les séparer. Ainsi, on sait qu'un abcès du psoas est précédé d'une douleur de l'aine qui dure plusieurs semaines. Il est rare que la tumeur rentre entièrement dans l'abdomen, quelle que soit la position que prenne le malade ; on peut aussi, en général, sentir de la fluctuation. La tumeur est ordinairement un peu plus rapprochée de l'épine iliaque, que ne l'est la hernie crurale. De plus, la tumeur ne coïncide pas avec un état de constipation, et elle acquiert rapidement de l'accroissement.

Une méprise qu'il importe beaucoup d'éviter, est celle qui consiste à prendre une hernie crurale pour une hernie inguinale, et réciproquement. Ces deux hernies sont traduites par les mêmes symptômes généraux. La tumeur qu'elles forment, paraît ou disparaît, suivant que la position du malade est verticale ou horizontale ; elle augmente de volume pendant la toux, et il y a ou non gargouillement, suivant

que c'est l'intestin ou l'épiploon qui est renfermé dans la tumeur. Mais, dans la hernie inguinale, toujours le collet est situé au-dessus de l'épine du pubis, tandis que, dans la hernie crurale, il est au dessous. Lorsqu'on tire le sac en bas, et qu'on peut reconnaître au devant de ce collet l'arcade crurale, on est sûr d'avoir affaire à une *mérocèle*. Il est bon de dire aussi, que souvent la hernie crurale, après un trajet descendant vers la cuisse, rétrograde en haut, au devant de l'arcade crurale, et il n'est pas inutile d'ajouter que sir Astley Cooper assure n'avoir jamais vu de hernie crurale déterminée par un coup.

De toutes les tumeurs de l'aine qui peuvent être confondues avec les hernies inguinale et crurale, les abcès par congestion sont celles qui offrent le diagnostic le plus difficile; car elles ont, avec ces hernies, des caractères communs. Néanmoins, l'abcès par congestion étant toujours précédé d'accidens d'un autre genre, apparaissant insensiblement, ne s'accompagnant pas de coliques, ni de constipation, ni de vomissemens, conservant une grande mollesse, etc., est une maladie trop différente des hernies, pour exposer à de grandes erreurs de diagnostic.

La hernie obturatrice ou sous-pubienne qui, en général, ne fait que très-peu ou même pas de saillie dans la région de l'aine, a le plus ordinairement été méconnue et prise pour un *volvulus;* ce n'est qu'à l'autopsie que la véritable cause de la mort a été reconnue.

Quant aux kystes séreux, aqueux, aux loupes, etc., qui ont leur siége dans différens points de l'abdomen, les caractères que j'en ai déjà tracés sont suffisans. J'ajouterai seulement, que toutes les tumeurs qui se développent dans le canal crural ou dans le voisinage de l'artère fémorale, peuvent présenter des battemens isochrones à ceux du pouls, et pour cette raison on les a confondues avec des anévrysmes. Mais les battemens de ces tumeurs consistent en un simple soulèvement de la masse qu'elles représentent, tandis que, dans les anévrysmes, il y a les mouvemens de dilatation ou d'expansion intérieure.

J'ai déjà dit qu'une dilatation de la veine fémorale peut être prise pour une hernie crurale, et que des varices des veines du ligament rond de l'utérus, etc., ont donné lieu à des méprises du même genre.

2° Diagnostic des maladies éloignées. — Il ne faut pas perdre de vue que l'engorgement des ganglions de l'aine peut être déterminé par une maladie des lombes, de la portion sous-ombilicale des parois antérieure et latérale de l'abdomen, du périnée, de l'anus, du membre inférieur, d'une simple écorchure au pied, ou d'un ongle rentré dans les chairs; mais, de toutes les maladies qui sont étrangères à l'aine, celles qui déterminent le plus souvent l'engorgement consécutif des ganglions, sont celles des organes génitaux. A cet égard, je ferai remarquer qu'il n'est pas rare, comme M. Huguier l'a démontré, de voir les vaisseaux lymphatiques qui naissent du

côté droit du prépuce et du gland, se porter dans les ganglions de l'aine du côté opposé, à gauche, par exemple, et *vice versâ*. Ce qui explique très-bien, comment on voit, chez beaucoup d'individus, des chancres sur la partie droite du prépuce ou du gland, avec des bubons à gauche.

Les tumeurs ganglionnaires peuvent aussi être le signe d'affections générales, comme le typhus, les scrofules, la syphilis constitutionnelles, etc.

La formation d'un abcès dans cette région, sans inflammation préalable dans ce point, peut faire craindre une carie de la colonne vertébrale, un psoïtis suppuré, ou quelque suppuration profonde vers le bassin; suppuration qui peut être le résultat d'une carie, d'une nécrose, ou de toute autre lésion des os qui forment l'enceinte de la cavité abdominale.

Un œdème aigu survenant dans la région inguinale, peu de temps après l'accouchement, doit éveiller l'attention du praticien, et lui faire craindre une phlébite des veines pelviennes et utérines.

ARTICLE IV.

Conséquences pratiques relatives au Pronostic.

A l'exception des maladies de la peau, la plupart des affections de l'aine, surtout celles qui sont anciennes et qui nécessitent une opération chirurgicale, sont graves, tant à cause de la facilité avec laquelle

ces affections se propagent à l'abdomen, qu'à cause des nombreux et volumineux vaisseaux et nerfs, dont la lésion, pendant l'opération, peut déterminer des accidens formidables. Enfin, la proximité de l'abdomen fait que souvent, après ces opérations, on voit se manifester une péritonite mortelle, ou des abcès non moins dangereux, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

C'est là la raison pour laquelle, toutes choses égales d'ailleurs, un anévrysme de l'origine de l'artère crurale qui nécessite la ligature de l'iliaque externe, est bien plus grave que celui qui réclame la ligature des vaisseaux à la cuisse, immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, et que ce dernier doit entraîner un pronostic beaucoup plus fâcheux que celui qui permet la ligature de l'artère, presque immédiatement au-dessous de la profonde, ou mieux encore à un pouce et demi au-dessous de l'origine de cette dernière artère.

Les plaies de l'aine qui ont atteint une artère ou une veine volumineuse, sont donc d'autant plus dangereuses qu'elles se rapprochent davantage du pli inguinal; en médecine légale, c'est une chose qu'il ne faut jamais oublier dans la rédaction d'un rapport réclamé par le magistrat.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un individu, pour prononcer sur la gravité d'une plaie qu'il vient de recevoir dans le voisinage de la région inguinale, il faut s'enquérir, avec le plus grand soin, de la pro-

fondeur et surtout de la direction de la plaie, afin de déterminer si les vaisseaux et les nerfs cruraux ont pu être lésés.

Les plaies d'armes à feu entraînent à leur suite un pronostic bien différent, suivant qu'elles sont situées à un demi-pouce plus haut ou plus bas. Une balle pénètre t-elle au-dessus ou au niveau de l'arcade crurale, elle entre dans la cavité abdominale sans aucune résistance, et le pronostic est le même que celui des plaies d'armes à feu de l'abdomen.

Si la balle pénètre à un demi-pouce au-dessous de l'arcade crurale, elle vient rencontrer la face supérieure de la branche horizontale du pubis, l'éminence ilio-pectiné ou la gouttière qui loge les muscles psoas et iliaque; et, comme toutes ces parties présentent un plan incliné de haut en bas et d'arrière en avant, la balle se trouve réfléchie de bas en haut et d'avant en arrière, et pénètre dans l'intérieur de la cavité abdominale, où elle peut causer des accidens aussi graves que dans le cas précédent. On sait que c'est de cette manière, que succomba le malheureux Armand Carrel. La balle vint frapper la face supérieure de la branche horizontale du pubis, et fut réfléchie dans l'abdomen où elle ouvrit les intestins.

Un pouce plus bas que l'arcade, la balle se perd dans la cuisse, s'arrête contre le pubis, ou entre dans le bassin, après avoir traversé, soit le pubis, soit le ligament obturateur. Dans l'un comme dans l'autre

cas, son trajet se trouve situé le plus souvent au dehors de la cavité du péritoine, et les accidens sont moins graves, comme le prouvent les nombreux faits signalés dans les Annales de la science.

Chez la jeune femme, les luxations spontanées de la cuisse ou les luxations accidentelles non réduites, sont plus graves que chez l'homme, parce qu'elles sont souvent suivies d'un rétrécissement du bassin. La partie qui correspond à la cavité cotyloïde ou aux points environnans, rentre en dedans et vicie ainsi l'excavation pelvienne, ce qui peut devenir un obstacle insurmontable à l'accouchement. Madame Lachapelle et Herbiniaux ont eu occasion d'observer ce vice de conformation.

Sans parler de la gravité de la fracture du col du fémur, je ferai remarquer que la fracture du corps de cet os, immédiatement au-dessous du petit trocanter, est plus grave que celle de toute autre partie du corps de l'os, parce qu'on n'a pas de prise sur le fragment supérieur, et qu'il est fort difficile de l'empêcher de se porter plus ou moins en avant, et d'ocasioner pour le moins un déplacement suivant l'épaisseur, surtout si la fracture est transversale ou oblique d'arrière en avant et de haut en bas.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, Président.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL, *Examin.*	*Anatomie.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurg., Opérations, Appareils.*
DELMAS.	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfans.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médic.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, *Suppl.*	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeut. génér.*

Professeur honoraire: M. Aug.-Pyr. DE CANDOLE.

Agrégés en exercice.

MM. VIGUIER.	MM. FAGES.
KUHNHOLTZ, *Suppléant.*	BATIGNE.
BERTIN.	POURCHÉ, *Examinateur.*
BROUSSONNET Fils.	BERTRAND.
TOUCHY.	POUZIN.
DELMAS Fils.	SAISSET.
VAILHÉ.	ESTOR, *Examinateur.*
BOURQUENOD.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.